



**DOMANDA DI ACCOGLIENZA
CRA**

8.2 MP 0.0A
Rev. 0
Del 25/06/2024
Pag 1 di 4

Bologna, _____

ALL'AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE S. ANNA S. CATERINA

Il/La sottoscritto/a _____
vedovo/a - celibe/nubile _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____
Via _____ CAP _____
Quartiere _____
indicare se solo/a o con parenti _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____

FA DOMANDA DI ESSERE AMMESSO/A alla CRA S. ANNA S. CATERINA

A tal fine, presa visione delle condizioni di ammissione, dell'ammontare della retta, il/la sottoscritto/a si impegna a pagare la retta corrente, nonché le eventuali variazioni che potessero essere deliberate in futuro, garantendo il pagamento a mezzo _____

Per specifica approvazione del comma precedente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile.

Si allega informativa dei dati personali Residente/Garante 679/2016 (GDPR)

Si allega Carta dei Servizi.

FIRMA



DOMANDA DI ACCOGLIENZA CRA

8.2 MP 0.0A
Rev. 0
Del 25/06/2024
Pag 2 di 4

All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità:

1- È pensionato/a? SI NO

Libretto di pensione:

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

3- Medico Curante _____

4- Ha figli? SI NO (indicare le generalità, la residenza e l'occupazione dei medesimi)

5- Ha fratelli o sorelle? SI-NO (indicare le generalità e la residenza dei medesimi)

6- Ha la residenza a Bologna? SI NO

7- Altre notizie utili

FIRMA



**DOMANDA DI ACCOGLIENZA
CRA**

8.2 MP 0.0A
Rev. 0
Del 25/06/2024
Pag 3 di 4

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione non risponde del deterioramento, distruzione o sottrazione di denaro contante, carte valori o comunque oggetti di valore salvo in caso in cui il Residente, al momento dell'ingresso, non depositi i suddetti valori nelle mani dell'Amministrazione stessa.

Si allega l'impegno del fideiussore debitamente sottoscritto, che forma parte integrante e sostanziale della domanda di ammissione.

P.S. IMPORTANTE - Si prega di compilare il modulo in ogni suo punto. Se la persona non può firmare, scrivere "NON IN GRADO".

DATA _____

FIRMA RESIDENTE _____

FIRMA DEL GARANTE O DI CHI NE FA LE VECI



DOMANDA DI ACCOGLIENZA CRA

8.2 MP 0.0A
Rev. 0
Del 25/06/2024
Pag 4 di 4

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA RETTA

La riscossione della retta mensile avviene tramite SDD (Sepa Direct Debit) in seguito a compilazione dell'apposito modulo presso l'Ufficio Accoglienza della Struttura, fornendo poi allo stesso copia datata e timbrata dell'avvenuta presentazione della richiesta al proprio sportello bancario.

È possibile attivare il SDD su un c/c bancario intestato e firmato dal Residente stesso.

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara che la retta mensile di ricovero del/della Signor/Signora
_____ sarà pagata a mezzo SDD.

Conformemente a quanto previsto all'art. 36 -bis del D.P.R. 633/1972, che prevede la dispensa dagli obblighi di fatturazione per i soggetti che effettuano operazioni esenti, ai sensi dell'art. 10 del medesimo D.P.R., la Fondazione non emetterà alcun documento cartaceo a fronte delle prestazioni rese. Tale esonero non inciderà sulla possibilità di dedurre nell'ambito del proprio reddito ai fini IRPEF la quota di prestazioni sanitarie incluse nella retta, che verranno certificate dall'Ente secondo le ordinarie modalità.

FIRMA _____